

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

865
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe ROULLET

Né le 1^{er} Mars 1935, à Paris 16^e

Présentée et soutenue publiquement le

196

**Etude psychosociologique comparative
de deux échantillons de malades hospitalisés**

Président : M. LEMAIRE, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : ROULLET

Prénom : PHILIPPE

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

ROULLET (PHILIPPE) —
Etude psychosociologique comparative de deux échantillons de malades hospitalisés. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 56 p., 3 graph., 26 tabl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

ROULLET (PHILIPPE) —
Etude psychosociologique comparative de deux échantillons de malades hospitalisés. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 56 p., 3 graph., 26 tabl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

ROULLET (PHILIPPE) —
Etude psychosociologique comparative de deux échantillons de malades hospitalisés. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 56 p., 3 graph., 26 tabl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

ROULLET (PHILIPPE) —
Etude psychosociologique comparative de deux échantillons de malades hospitalisés. —
Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1964, in-8°, 56 p., 3 graph., 26 tabl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1964, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Philippe ROULLET

Né le 1^{er} Mars 1935, à Paris 16^e

Présentée et soutenue publiquement le

196

**Etude psychosociologique comparative
de deux échantillons de malades hospitalisés**

Président : M. LEMAIRE, Professeur

IMPRIMERIE

R. FOULON & C^{ie}

29, RUE DEPARCIEUX, 29

PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHEL (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.		MM.
Anatomie	DELMAS (A.)	Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Anatomie pathologique ..	DELARUE (J.)	Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)	Pathologie chirurgicale ..	LAURENCE (G.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)	Pathologie exotique	N...
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports ..	MALMEJAC (J.)	Pathol. expér. et comparée ..	MERKLEN (F.-P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)	Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
Biophysique médicale ..	BUGNARD (L.)		BRICAIRE (H.)
	DOGNON (A.)	Pathologie respiratoire ..	TURIAF (J.)
	DJOURNO (A.)	Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)	Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)	Physiologie	BARGETON (D.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)		PARROT (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)	Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Histologie	GIROUD (A.)	Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Hygiène et méd. préven. ..	BOYER (J.)	Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CAUCHOIX (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)	Thérapeutique	CONTE (M.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)	Thérapeutique appliquée ..	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique ..	OLIVIER (G.)	Physiologie	DEJOURS (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)	Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	POLONOVSKI (J.)		GOUGEROT (L.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)		

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

- carcinologique chirurg. (Necker) REDON (H.)
- cardiol. (Broussais) SOULIÉ (P.)
- chirurgicales : *Beaujon* : LORTAT-JACOB (J.-L.); - *Cochin* : LEGER (L.); - *Hôtel-Dieu* : PATEL (J.); - *Pitié* : CORDIER (G.); - *Saint-Antoine* : GOSSET (J.); - *Salpêtrière* : SICARD (A.); - *Tenon* : OLIVIER (Cl.).
- chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades) FÈVRE (M.)
- chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) .. MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
- chirurgie cardio-vascul. (Broussais) DUBOST (Ch.)
- chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec) MATHEY (J.)
- endocrinologique (Pitié) DECOURT (J.)

Cliniques :

- Génétique médicale (Enfants-Malades) LAMY (M.)
- gynécologique (Broca) HUGUIER (J.)
- maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) .. DEGOS (R.)
- maladies des Enfants (Enfants-Malades) TURPIN (R.)
- maladies infectieuses (Claude-Bernard) MOLLARET (P.)
- maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) .. DELAY (J.)
- malad. metab. (Necker) .. HAMBURGER (J.)
- maladies du sang (Broussais) MARCHAL (G.)
- maladies du système nerveux (Salpêtrière) .. CASTAIGNE (P.)

Cliniques :	MM.
médicales : Broussais : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.) ; - Cochin : BROUET (G.) ; - Hôtel-Dieu : BARIÉTY (M.) ; - Lariboisière : SÈZE (S. DE) ; - Pitié : DREYFUS (G.) ; - Saint-Antoine : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).	
d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	DEBRAY (Ch.)
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	MARIE (J.)
médicale propédeutique (Broussais) ..	JUSTIN-BESANÇON (L.)
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) ..	DEROT (M.)
neuro-chirurgie (Pitié) ..	DAVID (M.)
neurolog. (Salpêtrière) ..	GARCIN (R.)
obstétricales : Baudelocque : LACOMME (M.) ; - Foch (Suresnes) : MERGER (R.).	
obstétricale et gynécol. (Port-Royal) ..	VARANGOT (J.)
ophtalmol. (Hôtel-Dieu) ..	RENARD (G.)
» (Cochin) ..	OFFRET (G.)
oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..	AUBRY (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..	BASTIN (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie ..	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie ..	KREIS (B.)

Cliniques :	MM.
— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...	
— pneumo-phtisiologie (Laennec) ..	BERNARD (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..	MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..	COSTE (F.)
— stomato. (Salpêtrière) ..	DECHAUME (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard) ..	ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	LEMAIRE (A.)
— toxicologique ..	GAULTIER (M.)
— urologique (Cochin) ..	ABOULKER (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique ..	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale ..	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales ..	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique ..	JUDET (R.)
Clinique urolog. (Necker) ..	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau) N...	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.) ; COLINAUD (C.) ; GILLOT (C.) ; HUREAU (J.).	
Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) pr. s. ch. MM. ABELANET (R.) ; CHOMETTE (G.) ; GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. ; NEZELOFF (Ch.) ; ORCEL (L.) ; PAILLAS (J.).	
Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET ; MM. KERN (E.) ; VOURC'H (G.).	
Bactériologie : MM. BARBIER (P.) ; pr. s. ch. : CHRISTOL (D.) ; DAGUET (G.) ; LE MINOR (L.) ; TOURNIER (P.).	
Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), m. conf. ; BOURILLON (R.) ; CARTIER (P.), pr. s. ch. ; CORNILLON (P.) ; DREYFUS (J.-Cl.) ; GONNARD (P.) ; JÉRÔME (H.) ; KRUH (J.) ; LEGRAND (J.-Cl.) ; NORDMANN (J.).	
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).	
Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.) ; BOIVIN (P.) ; HARTMANN (L.), pr. s. ch.	
Carcinologie : MM. BOIRON (M.) ; DENOIX (P.) ; MATHÉ (G.) ; SELIGMANN (M.).	
Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).	
Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.) ; DUPERRAT (B.) ; HEWITT (J.) ; TOURAINE (R.).	
Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), m. conf. ; LEDOUX-LEBARD (G.).	
Embryologie : M. ROUX (Ch.).	

Hématologie : MM. BESSIS (M.) ; BILSKI-PASQUIER (G.) ; DAUSSET (J.) ; DUHAMEL (G.).	
Histologie : MM. COUJARD (R.), p. s. ch. ; DA LAGE ; MAROIS (M.) ; RACADOT (J.) ; SCHRAMM (B.).	
Hydrologie : MM. BESANÇON (F.) ; CORNET (A.).	
Hygiène : MM. BLANCHER (G.) ; CORRE-HURST (Mme L.) ; ROUSSEL (A.) ; SAPIN-JALOUSTRE (H.).	
Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.) ; LISSAC (J.) ; RAPIN (M.).	
Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.) ; CROSNIER (J.) ; RICHTER (G.) ; SEBAOUN (J.).	
Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.) ; FOURNIER (E.) ; GUENIOT (M.) ; HADENGUE (A.).	
Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).	
Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).	
Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.) ; CATHALA (H.) ; ESCOUROLLE (R.) ; GAUTIER (J.-Cl.) ; LAPRESLE (J.) ; LEREBOULET (J.) ; PICHOT (P.) ; TARDIEU (G.).	
Obstétrique : MM. GRANJON (A.) ; HERVET (E.) ; LE LORIER (G.) ; LÉVY (J.) ; LEWIN (D.) ; MUSSET (R.) ; ROBEY (M.) ; SENEZE (J.) ; SUREAU (C.) ; TCHOBROUTSKY (M ^{me} C.) ; THOYER-ROZAT (J.).	
Ophtalmologie : M ^{mes} AUVERT (B.) ; FONTAINE (M.) ; MM. BRÉGEAT (P.) ; DUBOIS (A.) ; SARAUX (H.).	
Orthopédie : MM. DUPARC (J.) ; MAURER (P.) ; MEARY (R.) ; POSTEL (M.) ; RAMADIER (J.).	
Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.) ; PIALOUX (P.) ; SERGENT (H.).	

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSÉ (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LOEPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSAGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phthisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéril. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA GRAND-MÈRE

A MES AMIS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAIRE

Professeur de la Chaire Médicale Thérapeutique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a accueilli dans son Service
avec la plus grande bienveillance.*

*Nous le remercions de l'honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider notre
jury.*

En respectueux hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BOURGUIGNON

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Il nous a guidé et conseillé dans sa réalisation.*

En acceptant de faire partie de notre jury, il nous a donné une preuve supplémentaire de sa grande bienveillance.

Nous tenons à lui exprimer ici notre vive gratitude et notre respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BURON

*Dont le travail nous a été si précieux
pour la rédaction de cette thèse.*

INTRODUCTION

Le travail que nous présentons est le complément d'une enquête préliminaire faite récemment dans un service hospitalier parisien (A. BOURGUIGNON et J. BURON, 1964) et rentre dans le cadre d'une étude beaucoup plus vaste et complexe, qui reste encore à faire.

Ces auteurs ont exposé les résultats de recherches qu'ils ont menées à partir de l'hypothèse suivante :

Le taux de mortalité dans la première moitié de la vie, et la surmortalité masculine en particulier, sont liés, entre autres facteurs, à la qualité des relations familiales des individus. Cette hypothèse a pu être vérifiée sur une population extrême, constituée par un échantillon de malades chroniques appartenant à une catégorie socio-économique inférieure : la classe ouvrière urbaine (89 % des malades étaient des ouvriers ou appartenaient à la couche inférieure de la classe moyenne).

Les auteurs ont défini leur échantillon selon les critères suivants :

- âge ;
- proportion de derniers de fratrie et d'enfants uniques ;
- proportion de couples d'origine dissociés ;
- taux de fécondité.

Leur enquête systématique a ainsi révélé l'existence, dans leur échantillon, d'un nombre anormalement élevé de derniers de fratrie d'une part, et de malades issus de couples dissociés d'autre part, c'est-à-dire ayant été très jeunes privés du père ou de la mère soit par décès d'un des conjoints, soit par divorce. Ils ont rangé dans cette catégorie, les couples « absents » où l'enfant n'a pas connu ses parents, lorsqu'il a été abandonné dans son jeune âge ou s'est trouvé très tôt orphelin de père et de mère.

Ces faits suffisamment troublants nous ont conduit à penser que l'on ne peut attribuer au hasard l'hospitalisation de ces catégories d'individus dans un hôpital de chroniques.

Toutes ces considérations n'ont pas retenu longtemps l'attention des auteurs qui ont surtout étudié la morbidité et la mortalité en fonction de la structure du couple, apportant des éléments intéressants aux notions que nous avons déjà sur l'influence de la carence des

soins maternels sur les premières années de la vie (SPITZ, 1963). Ils ont introduit un facteur nouveau dans ce but : la notion de dominance d'un des conjoints dans le couple, ce qui constitue le principal objet de leur travail, sur lequel nous ne nous étendrons pas.

Nous avons pensé que le premier aspect de la question méritait d'être approfondi et que, en particulier, il serait intéressant de refaire une enquête identique à celle effectuée dans un service de chroniques, mais cette fois-ci dans un service hospitalier différent, pour confirmer les résultats déjà obtenus, en éliminant donc le facteur de chronicité propre à l'échantillon étudié.

En d'autres termes, nous avons pensé qu'il serait possible de développer ces notions et de montrer que la maladie, et l'hospitalisation qui en découle, ne frappent pas au hasard et que, indépendamment de tout facteur extrinsèque ou physiologique, certaines données d'ordre purement psycho-sociologique favoriseraient l'entrée dans ce nouvel état que constitue la maladie, engageant le sujet sur la voie de l'hospitalisation, puis de la chronicité.

L'idée n'est pas nouvelle de l'influence des facteurs psychologiques sur l'équilibre somatique et nombreux sont les auteurs qui s'y sont intéressés et les ont décrits.

« Beaucoup de troubles chroniques ne sont pas causés primitivement par des facteurs agissant du dehors, mécaniques ou chimiques ou par des micro-organismes, mais par l'hyperactivité continue des fonctions au cours de la vie quotidienne dans la lutte pour l'existence. » (F. ALEXANDER, 1962.)

Ce qui, à notre connaissance, n'avait pas été encore fait, c'était l'étude de la relation existant entre ces troubles et le stress permanent d'une structure familiale instable et dont dépendra en partie, par conséquent, la morbidité hospitalière.

Nous nous efforcerons, dans ce travail, d'établir une comparaison entre les résultats obtenus dans un service de malades chroniques et ceux de notre enquête personnelle parmi les malades d'un service de médecine générale, dits malades aigus.

Nous pouvions ainsi penser que si nous retrouvions des structures familiales identiques entre malades chroniques et malades aigus, il serait possible d'admettre que ces caractères sont liés au fait de l'hospitalisation, que la maladie soit chronique ou aiguë.

Dans une première partie, nous présenterons notre matériel d'étude, puis après avoir décrit et expliqué nos méthodes statistiques, nous exposerons nos résultats. Nous essayerons, pour terminer, et par une discussion comparative, de donner une conclusion à ces hypothèses en montrant le rôle éventuel des facteurs psycho-sociaux dans la maladie et l'hospitalisation.

MATERIEL D'ETUDE

Nous avons effectué notre enquête à la Clinique Médicale de l'Hôpital Saint-Antoine (Service du Professeur LEMAIRE).

I. — ECHANTILLON

82 malades ont été interrogés :

— 41 femmes ;

— 41 hommes.

Notre questionnaire, identique pour chaque malade, était assez court et la durée de l'interrogatoire, variable selon la coopération et le quotient intellectuel de chaque sujet, durait de 15 à 25 minutes.

TABLEAU I : *Modèle du questionnaire utilisé*

Date : Salle : N° du lit :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Maladie :

I) LE COUPLE D'ORIGINE (*couple des parents*)

a) Date du mariage (à cinq ans près) :

b) Date de naissance du père :

c) Date de naissance de la mère :

— Différence d'âge des conjoints : _____

f) Les enfants du couple de procréation :

	Date de naissance	Sexe	Santé	Date du décès	Causes
1°					
2°					
3°					
4°					
5°					
6°					
7°					
8°					
9°					
10°					
11°					
12°					
13°					
14°					
15°					

Nous avons pu obtenir des renseignements sur la famille d'origine et la famille de procréation de chaque malade et nous connaissons ainsi pour les 82 sujets :

- les parents du malade et la fratrie de celui-ci ;
- les enfants issus du couple formé par le malade et la fratrie du conjoint.

Nous avons ainsi étudié :

- 82 couples d'origine ;
- 69 couples de procréation.

(Il y a 13 célibataires sur l'ensemble de notre matériel d'étude.)

Ces couples totalisent 451 enfants :

- 325 issus des couples d'origine ;
- 126 issus des couples de procréation.

II. — ENQUETE

Nous nous sommes efforcé d'interroger systématiquement tous les malades du service dans l'ordre des salles et des lits, mais nous avons été dans l'obligation d'éliminer un certain nombre de sujets :

1° Les malades trop détériorés psychiquement pour pouvoir fournir des renseignements valables. Ceci en particulier pour les malades âgés.

2° Les étrangers ne parlant pas français et les Nord-Africains, ces derniers du fait de l'existence en Afrique du Nord de conditions familiales différentes des nôtres.

3° Certains malades très fatigués, dans l'incapacité physique de répondre au questionnaire, et d'ailleurs en très petit nombre.

4° Ajoutons qu'un seul malade n'a pas voulu répondre, que quelques-uns d'entre eux étaient absents au moment de l'interrogatoire, subissant des examens médicaux dans d'autres services, en particulier en radiologie ; d'autres enfin avaient leur famille auprès d'eux et nous n'avons pu par la suite les interroger, du fait de leur trop bref séjour dans le service.

III. — RESULTATS

Nous étudierons successivement les critères suivants :

- Maladies ayant justifié l'hospitalisation.
- Age.
- Structure du couple d'origine (stabilité ou dissociation).
- Situation familiale du malade.
- Situation socio-professionnelle.
- Rang dans la fratrie.

1) MALADIES AYANT JUSTIFIÉ L'HOSPITALISATION (*Tableau II*)

Notons avant de présenter notre tableau que :

a) Certains malades présentaient plusieurs affections, parfois sans rapport apparent les unes avec les autres. Nous n'avons indiqué que l'affection qui a justifié l'hospitalisation actuelle.

b) Pour certains malades, le diagnostic était encore hésitant. Nous avons indiqué à part les affections qui étaient encore mal définies. Michel MAGDELAINE insiste d'ailleurs dans sa thèse (Paris, 1958) sur le nombre relativement important de malades hospitalisés ayant quitté les services sur leur demande sans qu'il ait été possible de terminer les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic définitif.

Si nous classons ces affections en pourcentage, nous obtiendrons le tableau suivant (*Tableau III*).

	Hommes	Femmes
Maladies cardio-vasculaires	19,6 %	29,4 %
Maladies du système nerveux	7,3 %	7,5 %
Maladies du tube digestif	29,2 %	4,8 %
Maladies métaboliques et endocrines	12,2 %	2,5 %
Maladies broncho-pulmonaires	12,3 %	7,3 %
Maladies de diagnostic incertain	12 %	24 %
Divers	7,4 %	24,5 %
	100 %	100 %

TABLEAU III : *Fréquence des maladies en pourcentage*

Notons le pourcentage particulièrement élevé des maladies du tube digestif chez l'homme, ainsi que de maladies broncho-pulmonaires où nous trouvons en premier lieu le cancer broncho-pulmonaire, rare chez la femme, passé maintenant au deuxième rang des cancers de l'homme par ordre de fréquence.

2) AGE

a) Chez les femmes, l'âge moyen est de 60,2 ans avec une amplitude de 29 à 92 ans. La variance des âges est égale à 212,725 et l'écart type de la distribution (déviations standard) est de 14,5 ans.

b) Chez les hommes, l'âge moyen est de 54,7 ans avec une amplitude de 16 à 84 ans. La variance des âges est égale à 267,847 avec un écart type de 16,34 ans.

Notons tout de suite la moyenne d'âge élevée des malades hospitalisés. Elle est sensiblement égale à celle des malades de l'enquête citée plus haut, faite dans un service de chroniques.

Nous verrons d'ailleurs plus loin qu'il s'agit, à peu de différences près, d'un échantillon comparable.

TABLEAU II

Maladies ayant justifié l'hospitalisation des malades de notre échantillon

MALADIES	FREQUENCE		AGE (années)	
	H	F	H	F
1) <u>Maladies cardio vasculaires</u>				
Insuffisance coronarienne	1		67	
Infarctus du myocarde	2	1	53 57	60
Insuffisance cardiaque	2	5	84 57	85 57 74 55 92
Artérite des membres inférieurs	2	1	73 76	55
Ulcères variqueux	1	2	67	67 77
Syndrome de Raynaud		2		72 46
Hypertension artérielle		1		69
Endocardite d'Osler				
2) <u>Maladies du système nerveux</u>				
Sclérose en plaques		1		43
Séquelles de poliomyélite	1		68	
Sciatique	1		42	
Polynévrite alcoolique des membres inférieurs	1		60	
Ramollissement cérébral		1		80
Syndrome dépressif		1		29
3) <u>Maladies du tube digestif</u>				
Dysenterie amibienne	2		25 42	
Girrhose alcoolique	3	1	42 40 56	59
Ulcère gastrique	2		28 68	
Cancer gastrique	2		65 63	
Cancer du colon gauche	1		73	
ictère lithiasique	1		68	
Ictère catarrhal	1		37	66
Diverticule épiphrénique de l'oesophage		1		
4) <u>Maladies métaboliques et endocrines</u>				
Diabète simple	3		59 35 34	
Gangrène diabétique	1		51	
Nyxoedème	1		64	
Insuffisance surrénale				46

Cancer bronchique	2	1	52 58	52
Pneumopathie virale	1	1	34	36
Emphysème	1		78	
Abcès pulmonaire	1		58	
Etat de mal asthmatique		1		42
6) Maladies de diagnostic incertain				
Asthénie avec troubles neuro psychiques		1		47
Syndrome méningé	1		59	
Troubles digestifs à type de diarrhée	1	1	60	56
Troubles digestifs à type de douleurs épigastriques		2		77 71
Broncho-pneumopathie aiguë	1		68	
Anémie normochrome	1	1	66	51
Anémie hypochrome	1		79	
Vertiges + Céphalées		1		50
Collapsus sur la voie publique		1		58
Lombalgies		1		75
Pleurésie hémorragique		2		40 64
7) Divers				
Erythème nouveau	1		25	
Glomérulo-néphrite chronique + purpura rhumatoïde				
Rhumatisme articulaire aigu	1		42	46
Colique néphrétique droite	1		16	60
Coxarthrose		1		74
Séquelles d'arthrite purulente du genou		1		56
Cancer ovarien métastaté		1		66
Cancer du col utérin		1		66
Leucémie lymphoïde		1		
Aplasie médullaire + Psychose délirante paranoïde		1		64
Maladie de Paget		1		77
Anémie de Biermer		2		68 33

3) STRUCTURE DU COUPLE D'ORIGINE (Tableau IV)

	Couples stables	Couples absents	Couples dissociés	
			Abs. du père	Abs. de la mère
Malades Hommes	22	3	15	1
Malades Femmes	17	5	13	6
TOTAL	39	8	28	7

TABLEAU IV : Couples d'origine des 82 malades de l'échantillon

 Couples dissociés et absents
 Couples stables



GRAPHIQUE 1 : Proportions de couples d'origines stables et dissociés ou absents

Nous référant au travail de MM. BOURGUIGNON et BURON, nous avons classé nos malades en trois catégories :

- Les couples stables.
- Les couples dissociés.
- Les couples absents.

a) Les couples stables sont ceux où les partenaires sont mariés ou vivent maritalement.

b) Les couples dissociés, ceux dont les conjoints sont séparés soit par divorce, soit par le décès de l'un d'entre eux. Nous n'avons pas voulu distinguer les veufs des divorcés, puisque dans les deux cas les enfants se trouvent élevés par l'un ou l'autre de leurs parents.

c) Les couples absents, où les enfants dès leur plus jeune âge se trouveront séparés de leurs parents et élevés par des tiers, du fait de leur abandon ou du décès des deux conjoints.

Pour donner un caractère systématique à notre enquête, nous n'avons envisagé ces critères que lorsqu'ils intervenaient avant que l'enfant ait atteint l'âge de 18 ans, âge à partir duquel on peut pratiquement considérer l'individu psychiquement adulte et libéré de l'influence des modifications de la structure familiale.

En résumé, sur l'ensemble de notre échantillon, hommes et femmes réunis, 52,4 % des malades sont issus de couples dissociés ou absents.

4) SITUATION FAMILIALE DES MALADES

Nous voyons tout de suite d'après le *Tableau V* que 1 femme hospitalisée sur 2 est mariée et que le pourcentage de couples encore mariés est nettement supérieur chez les hommes.

On peut expliquer en partie ce fait par :

1° L'âge moyen des femmes (60,2 ans) nettement supérieur à celui des hommes (54,7 ans).

2° La surmortalité masculine qui est un fait démographique certain bien qu'en partie inexpliqué.

M. BURON, dans son travail effectué dans un service de malades chroniques, fait intervenir également le fait que les hommes épousent des femmes plus jeunes qu'eux.

Dans notre échantillon, 13 malades sur 33 chez les hommes qui sont ou ont été mariés, sont plus jeunes que leur femme, avec une différence d'âge moyenne de 5,5 ans, la plus forte différence d'âge observée étant de 13 ans.

Chez les femmes, 6 malades sur 36 sont plus âgées que leur mari parmi les couples qui sont ou qui ont été mariés, avec une différence d'âge moyenne de 4,4 ans, la plus forte différence d'âge observée ayant été de 18 ans.

Nous avons résumé ces résultats dans le *Tableau VI*.

Ce tableau montre un fait curieux : dans les couples de procréation des 13 malades hommes et des 6 malades femmes où le mari est plus jeune que la femme, 11 et 5 respectivement forment des couples stables. Ce fait mériterait d'être vérifié sur un échantillon plus vaste.

Le mari, en choisissant une femme plus âgée que lui, rechercherait un conjoint pouvant tenir un rôle maternel et protecteur. On peut

Situation conjugale des malades	Malades Hommes		Malades Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Mariés	25	60,9	19	46,3
Veufs	6	14,6	12	29,3
Divorcés ou séparés	2	4,8	5	12,2
Célibataires	8	19,7	5	12,2

TABLEAU V : Situation conjugale des 82 malades de l'échantillon.

		Sur l'ensemble des couples de procréation		Chez les malades encore mariés	
		Nombre	Diff. d'âge moyenne	Nombre	Diff. d'âge moyenne
Malades Hommes	Homme plus âgé que femme	20	2,5 ans	14	2 ans
	Homme plus jeune que femme	13	5,5 ans	11	4,7 ans
	TOTAL	33	4,2 ans	25	4,4 ans
Malades Femmes	Femme plus jeune que homme	30	5,4 ans	14	4,3 ans
	Femme plus âgée que homme	6	1,2 ans	5	1,4 ans
	TOTAL	36	4,4 ans	19	3,5 ans

TABLEAU VI : Différence d'âge moyenne entre les conjoints des couples de procréation de notre échantillon (quand cette précision a pu être obtenue)

Situation conjugale des malades	Femmes	Hommes
Mariés	53,1 ans	54,6 ans
Veufs	69,4 ans	67,1 ans
Divorcés	62 ans	59 ans
Célibataires	58 ans	45 ans

TABLEAU VII : Âge moyen des malades selon la catégorie d'état civil.

concevoir que le couple ainsi formé, s'il ne correspond pas toujours aux critères admis de l'harmonie conjugale, puisse avoir une certaine solidité.

Nous avons enfin classé les malades de notre enquête dans un dernier tableau, selon leur âge moyen et en fonction de leur situation familiale (*Tableau VII*).

Ce tableau confirme ce que nous avons signalé précédemment, c'est-à-dire la moyenne d'âge élevée que l'on ne s'attendrait pas à trouver chez des malades dits « aigus ». Quelle que soit leur situation conjugale, hommes et femmes semblent avoir le même âge moyen, alors que les malades hommes célibataires semblent plus jeunes.

5) SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE DES FAMILLES D'ORIGINE ET DES FAMILLES DE PROCRÉATION (*Tableau VIII*)

Il est assez difficile de placer chaque profession dans une catégorie bien définie de classe sociale sans avoir recours à une systématisation un peu arbitraire.

TABLEAU VIII : Répartition en catégories socio-professionnelles de 81 malades et de 75 couples d'origine

		Classe paysanne		Classe ouvrière		Classe moyenne		Classe bourgeoise	
		Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%	Fréquence	%
Hommes	Couples d'origine	12	31,6	17	44,8	6	15,8	3	7,8
	Couples de procréation et célibataires	2	5	18	45	16	40	4	10
Femmes	Couples d'origine	11	29,8	17	46	7	18,9	2	5,3
	Couples de procréation et célibataires	-	-	20	48,8	19	46,4	2	4,8

J. BURON, se référant à une étude de M. FEBVAY (1959), adopte quatre catégories socio-professionnelles :

- Les paysans : cultivateurs, ouvriers agricoles.
- Les ouvriers : ils travaillent le plus souvent dans les villes : ouvriers spécialisés, manœuvres, contremaîtres. Le taux de fécondité de ces derniers les rapproche de la famille bourgeoise, mais ils sont eux-mêmes d'anciens ouvriers, et il semble difficile de les classer ailleurs que dans cette catégorie.

- La classe moyenne : commerçants, cadres moyens, employés de bureau, sous-officiers, instituteurs.
- La classe bourgeoise : professions libérales, cadres supérieurs, officiers.

Notre enquête nous a fourni des informations sur 75 couples d'origine :

- 37 chez les femmes ;
 - 38 chez les hommes ;
- et sur 81 malades :
- 36 couples de procréation + 5 célibataires chez les femmes ;
 - 32 couples de procréation + 8 célibataires chez les hommes.

On peut calculer, d'après le tableau précédent, les pourcentages suivants :

a) *Familles d'origine :*

- 30,6 % sont de la classe paysanne ;
- 45,3 % » ouvrière ;
- 17,3 % » moyenne ;
- 6,6 % » bourgeoise.

b) *Familles de procréation et célibataires :*

- 2,4 % sont de la classe paysanne ;
- 45,6 % » ouvrière ;
- 43,2 % » moyenne ;
- 7,4 % » bourgeoise.

Ainsi, la plupart de nos malades sont issus de la classe ouvrière moyenne ou paysanne (ceci du fait de l'émigration de la classe paysanne vers la ville) et ont fondé eux-mêmes une famille ouvrière ou de la classe moyenne. La classe bourgeoise étant très peu représentée en milieu hospitalier.

Il est à noter également que la plupart des malades issus de la classe paysanne font maintenant partie de la classe ouvrière et que ceux des classes moyenne et bourgeoise sont d'origine plus modeste, semblant ainsi avoir eu une promotion sociale.

6) RANG DANS LA FRATRIE

Nous référant à un travail de W. TOMAN (1962), nous avons été conduit à envisager plusieurs méthodes pour étudier le rang dans la fratrie occupé par chacun de nos malades.

TOMAN, voulant établir les chances d'un couple d'être réussi et de constituer un mariage durable, a pensé que le potentiel d'adaptation de chaque conjoint à la vie commune, ce qu'il appelle le « rank conflict disposition », dépendait en partie de la situation des conjoints dans leur fratrie ; le rang de fratrie semblant être un facteur déterminant chez le jeune enfant pour l'élaboration de la personnalité.

Il détermine le « rank disposition », ou facteur dû au rang dans la fratrie, par la formule :

$$dr = \frac{n \text{ juniors} - n \text{ seniors}}{n - 1}$$

n = nombre d'enfants dans la fratrie

dr = disposition rank

Ce rapport est nul quand le sujet est au milieu d'une fratrie impaire, égal à + 1 pour l'aîné et à — 1 pour le dernier né. Ce procédé a l'avantage de faire intervenir la dimension des fratries et pourrait nous être utile dans la suite de ce travail pour déterminer les corrélations existant entre la position de l'individu dans sa fratrie et la morbidité hospitalière.

Nous avons cependant préféré une autre méthode plus simple, mais qui nous a semblé suffisamment précise pour donner une valeur à nos résultats.

Sans vouloir envisager la position de chaque individu du point de vue de son rang dans la fratrie : premier, deuxième, troisième, etc., nous avons établi cinq types de situations fraternelles :

- aîné ;
- cadet (ou second) ;
- moyen ;
- dernier-né (ou benjamin) ;
- enfant unique.
- L'aîné étant le premier des enfants.
- Le dernier, le plus jeune de la fratrie. Le deuxième de 2 pouvant être considéré comme un cadet ou comme un dernier, nous avons préféré le considérer comme un dernier, l'étude du comportement des fratries de 2 étant plus en faveur de cette classification (Paulette CAHN).
- Le cadet, le deuxième de 3, de 4, de 5, etc.
- Le moyen, le troisième de 4, les troisième et quatrième de 5, etc.

TABLEAU IX : *Dimension des familles d'origine de notre échantillon*

Nombre d'enfants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Malades Hommes	5	7	8	5	3	5	2	1	1	—	1	1	—	1
Malades Femmes	6	10	3	8	4	4	3	1	1	—	—	—	—	—
TOTAL	11	17	11	13	7	9	5	2	2	0	1	1	0	1

Notre enquête nous a fourni des informations pour 40 malades hommes et 40 malades femmes dont nous avons pu connaître la constitution des fratries :

- chez les 40 malades hommes, il y a 5 enfants uniques ;
- chez les 40 malades femmes, il y a 6 enfants uniques.

Sachant qu'une famille de n enfants ($n > 1$) comprend :

Un aîné, un cadet, ($n - 3$) moyens et un dernier, il nous a été possible d'établir les deux tableaux suivants, indiquant la dimension des fratries d'origine chez les hommes et chez les femmes (*Tableaux X et XI*).

Soit 176 enfants dont 5 enfants uniques (*Tableau X*).

149 enfants dont 6 enfants uniques (*Tableau XI*).

Le *Tableau X* donne chez les 35 malades hommes, si on néglige les enfants uniques dont la situation doit être mise à part :

— Aînés	20,5 %
— Derniers	20,5 %
— Cadets	16,3 %
— Moyens	42,7 %
	100 %

Ceci nous donne les fréquences théoriques suivantes, que nous comparerons aux fréquences observées dans le *Tableau XII*.

Ces fréquences théoriques sont celles que nous devrions rencontrer si la répartition des malades à l'hôpital était due au hasard et indépendante du rang dans la fratrie de chaque malade.

Nous voyons tout de suite que la fréquence observée pour les derniers de fratrie est nettement supérieure à la fréquence théorique. Nous étudierons plus loin la valeur statistique de ces observations.

Nombre d'enfants	Nombre de familles	Nombre d'ainés	Nombre de derniers	Nombre de cadets	Nombre de moyens	Nombre d'enfants uniques
1	5	-	-	-	-	5
2	7	7	7	-	-	-
3	8	8	8	8	-	-
4	5	5	5	5	5	-
5	3	3	3	3	6	-
6	5	5	5	5	15	-
7	2	2	2	2	8	-
8	1	1	1	1	5	-
9	1	1	1	1	6	-
10	-	-	-	-	-	-
11	1	1	1	1	8	-
12	1	1	1	1	9	-
13	-	-	-	-	-	-
14	1	1	1	1	11	-
TOTAL	40	35	35	28	73	5

TABLEAU X : *Fréquences des diverses situations fraternelles dans les fratries des malades hommes*

Nombre d'enfants	Nombre de familles	Nombre d'ainés	Nombre de derniers	Nombre de cadets	Nombre de moyens	Nombre d'enfants uniques
1	6	-	-	-	-	6
2	10	10	10	-	-	-
3	3	3	3	3	-	-
4	8	8	8	8	8	-
5	4	4	4	4	8	-
6	4	4	4	4	12	-
7	3	3	3	3	12	-
8	1	1	1	1	5	-
9	1	1	1	1	6	-
TOTAL	40	34	34	24	51	6

TABLEAU XI : *Fréquences des diverses situations fraternelles dans les fratries des malades femmes*

	Fréquences théoriques	Fréquences observées
Aînés	7,18	7
Derniers	7,18	12
Cadets	5,90	8
Moyens	14,94	8
TOTAL	35 malades	35 malades

TABLEAU XII : Fréquences théoriques et fréquences observées des différentes situations dans la fratrie chez 35 malades hommes.

TABLEAU XIII : Fréquences théoriques et fréquences observées des différentes situations dans la fratrie chez 34 malades femmes.

	Fréquences théoriques	Fréquences observées
Aînés	8,1	9
Derniers	8,1	14
Cadets	5,7	6
Moyens	12,1	5
TOTAL	34 malades	34 malades

Chez les 34 malades femmes (enfants uniques exclus), nous procédons de manière analogue. Nous avons :

— Aînés	23,8 %
— Derniers	23,8 %
— Cadets	16,8 %
— Moyens	35,6 %

100 %

Nous voyons également que la fréquence observée des derniers de fratrie chez les femmes est nettement supérieure à la fréquence théorique.

Si on compare statistiquement pour les 69 malades, les enfants uniques étant exclus, les fréquences théoriques et les fréquences observées des diverses situations fraternelles, on constate qu'il existe une proportion anormale de derniers de fratrie.

$$\chi^2 = 4$$

$$P < 5\%$$

METHODE

Nous avons voulu comparer un échantillon de malades aigus à l'échantillon de malades chroniques étudié par A. BOURGUIGNON et J. BURON (1964), en supposant que l'hospitalisation dans un service de chroniques dépend à la fois de raisons médicales et de raisons socio-économiques, alors que l'hospitalisation dans un service d'aigus dépendrait avant tout de raisons médicales.

En effet, la plupart de ceux que nous appelons « aigus » entrent à l'hôpital à la suite d'une consultation externe, ou sur la demande de leur médecin traitant pour une affection bien définie.

Lorsqu'ils sont guéris ou stabilisés, ils ne restent pas dans le service, et si l'évolution de la maladie justifie alors une très longue hospitalisation, ils sont dirigés sur l'hôpital de chroniques ou l'hospice pour les malades guéris ou améliorés, lorsque les conditions familiales ne leur permettent pas de retourner chez eux.

Il y a donc dans une population de malades aigus, deux catégories :

- ceux qui sortiront et ne reviendront qu'à l'occasion d'une autre affection ou d'une rechute, ou qui pourront continuer à se soigner chez eux ;
- ceux qui iront à l'hôpital de chroniques ou à l'hospice de vieillards.

Le but de notre travail est de voir si les caractères sociologiques de l'échantillon étudié par A. BOURGUIGNON et J. BURON se retrouvent ou non sur un échantillon de malades aigus, autrement dit de savoir s'ils sont, ou non, liés à l'hospitalisation dans un service de chroniques.

D'après les résultats que nous avons obtenus, nous pouvons d'ores et déjà constater que nous avons, à quelques différences près, le même type d'échantillon que celui étudié dans le Service de Monsieur BOURGUIGNON, à l'Hôpital Albert-Chenevier. Devrons-nous dire alors que presque tous les malades aigus réuniront le maximum de chances de se retrouver un jour, plus ou moins éloigné, dans un service de

chroniques ? C'est peu vraisemblable, et le rapport entre le nombre de lits d'hospitalisation pour ce genre de malades et celui pour malades aigus, infirme immédiatement cette supposition. Nous discuterons d'ailleurs ce point plus loin.

Quoi qu'il en soit, notre questionnaire a été beaucoup plus rapide à établir puisque nous sommes partis, non d'une simple hypothèse qu'il s'agissait de vérifier sans être sûr d'obtenir un résultat valable après l'enquête, mais de conclusions démontrant, pour l'échantillon de malades chroniques, la véracité de cette hypothèse.

Notre premier travail a donc été, à partir des questions posées aux malades et des résultats obtenus, de constituer un questionnaire identique pour certains points, dans le but de faire ensuite une comparaison exacte entre les deux échantillons. Dans une deuxième étape, nous avons établi cette comparaison point par point et nous avons alors constaté que notre échantillon présentait des caractères à peu près identiques à ceux retrouvés chez les chroniques. J. BURON signale un fait curieux à ce propos. Il a retrouvé parmi la descendance des couples dissociés ou absents, un nombre particulièrement important de malades ayant constitué eux-mêmes un ménage qui s'est ensuite dissocié par la mort d'un des conjoints, le divorce ou la séparation. Dans son échantillon, nous trouvons 75 % des malades issus de couples dissociés qui se sont eux-mêmes retrouvés dans la même situation que leurs parents avant que leurs enfants aient atteint leur majorité.

Nous avons nous-mêmes recherché, à partir de notre questionnaire, des situations analogues. Les résultats exposés dans le *Tableau XIV*, s'ils sont du même ordre, ne semblent guère significatifs pour différentes raisons, dont les principales sont :

- la faible importance de notre échantillon ;
- l'âge élevé de la plupart de nos malades femmes qui ont perdu leur conjoint, déjà lui-même à un âge avancé.

TABLEAU XIV : *Descendance de 24 couples dissociés femmes et de 19 couples dissociés hommes*

	Nombre de couples	Dissociés	% de couples dissociés	Célibataires	Total général
Femmes	24	14	58,3	3	17
Hommes	19	3	15,7	4	7

En résumé, plus de la moitié, chez les femmes, de nos couples dissociés d'origine, ont donné des enfants qui ont vu eux-mêmes leur ménage dissocié par divorce ou décès, alors que chez les hommes, 15 % seulement des couples dissociés ont donné des enfants qui ont vu leur ménage dissous par le divorce ou le décès de leur conjoint.

Notons que nous avons indiqué également le nombre de célibataires issus de ménages dissociés (4 hommes sur 8 — 3 femmes sur 5), leur situation familiale d'origine ayant peut-être, en partie, déterminé leur condition actuelle.

Nous n'avons également envisagé que les malades dont le ménage a été dissocié avant que leurs enfants aient atteint 18 ans. Un certain nombre d'entre eux, surtout parmi les femmes, se sont d'ailleurs remariés.

Répetons que tout ceci n'est guère significatif et que l'on ne peut parler ici « d'hérédité de structure familiale », puisque nous ne pouvons expliquer le taux très bas de couples dissociés retrouvé chez les hommes.

Nous avons enfin étudié le taux de fécondité et le taux de mortalité de la descendance des couples de notre échantillon que nous comparerons, dans la suite de ce travail, aux taux de fécondité et de mortalité donnés par les enquêtes statistiques sur la population globale de la France et ceux de l'échantillon de malades chroniques.

METHODES STATISTIQUES

L'intérêt d'une étude statistique correcte réside dans l'exploitation des résultats à l'aide de méthodes mathématiques pour tirer à partir d'un échantillon, parfois obligatoirement très limité, des conclusions pouvant s'appliquer, avec le maximum de chances d'être justes, à toute une population. Il est évident qu'une étude faite dans de telles conditions ne peut se contenter de résumer les données d'information par certains paramètres très simples comme la moyenne ou le pourcentage. Il a donc été nécessaire d'introduire des notions d'acquisition relativement récentes et qui ont permis à la statistique de devenir une science exacte, malgré les nombreux éléments d'incertitude qui subsistent dans un échantillonnage.

Dans ce travail, nous nous sommes contenté de calculs très simples, utilisant pour cela le critère classique :

— le critérium χ^2 de PEARSON.

Cette notion, que l'on a déjà rencontrée dans le début de ce travail, a été utilisée pour comparer des proportions.

Le critérium χ^2 permet de comparer la valeur d'une fréquence observée dans un échantillonnage, à une valeur théorique obtenue à partir de ce même échantillon. Il est donné par la formule :

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - C)^2}{C}$$

O = fréquence observée

C = fréquence théorique

On comprend que si la valeur trouvée de χ^2 est très faible, la différence entre la fréquence théorique et la fréquence observée est minime et cette différence peut être imputée au hasard avec une très forte probabilité. Dans le cas contraire, on dira qu'il y a différence significative entre la fréquence observée et la fréquence théorique.

On admet généralement un taux de probabilité pour χ^2 inférieur à 5 % dans ce cas.

Lorsqu'il n'existe qu'un degré de liberté, le calcul de χ^2 doit être corrigé en utilisant la formule de YATES :

$$\chi^2_c = \frac{\left[|ad - bc| - \frac{N}{2} \right]^2 N}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

$|ad - bc|$ est pris en valeur absolue

a, b, c, d représentent les termes des deux proportions

N la somme $a + b + c + d$

QUELQUES AUTRES DEFINITIONS

- *Degrés de liberté* : nombre de données indépendantes les unes des autres dans un échantillonnage, c'est-à-dire tel qu'aucune valeur de la série ne peut être déduite de la connaissance des autres.
- *Variance* : somme des carrés des écarts sur la moyenne divisée par le nombre de degrés de liberté.
- *Ecart-type de la distribution ou déviation standard* : racine carrée de la variance.

On voit que ces deux dernières définitions nous permettent de connaître le degré de dispersion de plusieurs mesures, notion indispensable pour apprécier la valeur des résultats.

RESULTATS DE L'ETUDE COMPARATIVE DES DEUX ECHANTILLONS DE MALADES

Nous avons exposé dans les deux premières parties de notre étude un certain nombre de résultats. Pour mettre en évidence leur valeur et leur permettre d'apporter une contribution à cette étude de la morbidité hospitalière, nous les comparerons dans ce chapitre à ceux de l'enquête préliminaire faite chez les malades chroniques.

Nous ajouterons enfin deux derniers critères, établis à partir de notre questionnaire, et dont nous n'avons pas encore parlé :

- le taux de fécondité ;
- le taux de mortalité.

* *

I. — MALADIES AYANT JUSTIFIE L'HOSPITALISATION

TABLEAU XV : *Fréquence des maladies (en %) dans un service de malades chroniques (d'après J. BURON)*

Maladies	Fréquence des maladies en p. 100	
	Hommes	Femmes
Maladies neurologiques	42	46
Traumatismes	14	22
Maladies cardio-vasculaires	18,5	9
Affections rhumatismales	9	11
Affections broncho-pulmonaires	7,5	9
Divers	9	3
TOTAL	100	100

Si nous faisons une comparaison avec le *Tableau III* de nos propres résultats, nous voyons tout de suite que les maladies cardiovasculaires, bien qu'inférieures en pourcentage dans notre échantillon, sont également très fréquentes chez nos malades (19,6 % chez les hommes ; 29,4 % chez les femmes). Par contre, la répartition des différentes affections est évidemment totalement différente.

Nous ne rencontrons pas de séquelles de traumatismes, apanage des services chirurgicaux, avant leur passage à la chronicité. Peu de maladies du système nerveux, également réservées à la spécialité, ou dont le caractère incurable comme la sclérose en plaques, va constituer le type d'affection chronique du jeune qui souvent terminera ses jours à l'hospice. Beaucoup d'affections du tube digestif, très fréquentes dans la pathologie moderne, mais passant rarement à la chronicité vraie.

Insistons enfin sur un point que nous avons déjà signalé : le fort pourcentage de maladies encore mal étiquetées. Michel MAGDELAINE, dont la belle thèse a été inspirée par M. le Professeur H. PÉQUIGNOT, signale dans son étude de l'hospitalisation à l'Hôtel-Dieu en 1954-1955, que 13,6 % des malades n'ont pu recevoir d'étiquette d'une maladie précise. Ceci rejoint à peu près nos propres résultats, légèrement supérieurs, car nous n'avons pu passer suffisamment de temps dans le service pour suivre nos malades de l'entrée à leur sortie.

Puisque nous ne retrouvons que peu d'analogies entre les deux échantillons du point de vue nosologie, examinons maintenant celui de l'âge.

II. — AGE

Michel MAGDELAINE met en évidence que, sur 100 malades hommes hospitalisés dans un service de médecine, 60 ont plus de 50 ans, et parmi ceux-ci 20 ont plus de 70 ans. Chez les femmes, il cite des chiffres encore plus significatifs, puisqu'il trouve 80 malades de plus de 50 ans, et parmi ceux-ci 40 de plus de 70 ans. D'une manière générale, sur l'ensemble des hôpitaux de la Seine, les vieillards occuperaient ainsi 63 % des lits de femme et 38 % des lits d'homme.

Dans l'échantillon de malades chroniques, l'âge moyen des femmes est de 63 ans, avec un écart-type de 15,5 ans, celui des hommes de 60,5 ans avec un écart-type de 12,6 ans.

Si l'on veut bien se reporter à nos propres chiffres, nous pouvons dire qu'à cet égard notre échantillon est sensiblement identique.

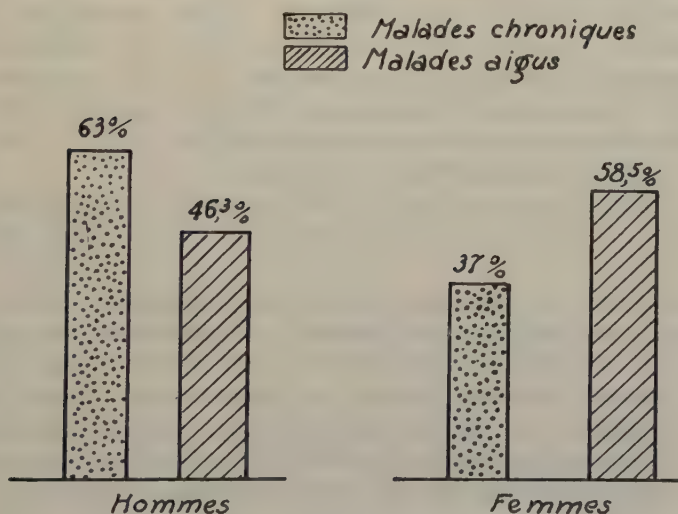
Si l'on admet que la morbidité croît avec l'âge depuis que l'on a réduit le péril infectieux grâce à l'hygiène et aux antibiotiques et que les affections de la sénescence (cancer, maladies cardio-vasculaires, rhumatismes chroniques) résistent encore à la thérapeutique, on comprend en partie la moyenne d'âge élevée que l'on trouve dans la plupart des services hospitaliers. Il existe ainsi un seuil de morbidité entraînant l'hospitalisation, mais on peut parler aussi d'un seuil social qui entraînera aussi l'hospitalisation, indépendamment de la maladie elle-même. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point.

La question des âges reste cependant pour notre étude assez secondaire, contrairement au chapitre suivant.

III. — STRUCTURE DU COUPLE D'ORIGINE

De nombreux travaux médico-sociaux ont été faits sur la clientèle hospitalière, mais dans aucune statistique, nous ne trouvons d'étude systématique de la famille dont est issu le malade, qu'il s'agisse de la constitution de sa fratrie dont nous reparlerons, ou de la structure du couple dont il est issu.

GRAPHIQUE 2 : *Proportion de couples d'origine dissociés ou absents dans les deux échantillons*



Il semble pourtant, à la lumière des résultats que nous avons obtenus, qu'une telle étude puisse avoir une certaine importance, et il peut paraître curieux que l'on ne se soit jamais attaché à réaliser une telle enquête.

Les proportions observées par nous sont inverses de celles constatées par A. BOURGUIGNON et J. BURON dans leur échantillon.

Il semblerait également dans notre enquête que les femmes soient plus souvent issues de couples dissociés que les hommes, mais ce fait n'est pas statistiquement significatif.

$$(\chi^2 = 1,32)$$

Nous avons déjà dit que nous entendions par « couples dissociés » l'ensemble des couples divorcés, séparés, ou dans lesquels l'un des conjoints est décédé avant que les enfants aient atteint l'âge de 18 ans.

Il n'est pas possible d'établir une comparaison entre les résultats obtenus dans notre population et les pourcentages de couples dissociés par 10.000 habitants par exemple, aucune statistique n'ayant à notre connaissance été établie à partir de ce critère.

Nous avons cependant cru intéressant de citer les deux tableaux suivants, dressés à partir des chiffres du recensement démographique de 1962 en France (*Tableaux XVI et XVII*).

Il semble qu'actuellement, on puisse noter environ 30.000 divorces par an.

Bien que nous n'ayons pu trouver aucune statistique exacte à ce sujet, à la lumière de ces chiffres il semble qu'il y ait au maximum 10 % des couples qui soient actuellement divorcés sur l'ensemble de la population française. Le nombre de couples séparés, sur lequel bien entendu, nous n'avons aucune information, étant très certainement inférieur à ce chiffre, et en estimant qu'il n'y a certainement pas 20 % d'individus ayant perdu un de leurs parents avant l'âge de 18 ans, nous voyons que nous n'atteignons pas les 52,4 % de sujets dont la famille a été dissociée avant cet âge.

Dans l'enquête effectuée à l'Hôtel-Dieu, 20 % des malades n'ont ni parents ni enfants, 14 % n'ont même pas de collatéraux (MAGDELAINE, 1958).

Il est donc un fait certain, c'est que l'hôpital concentre sans aucun doute les sujets dont l'enfance et l'adolescence ont été perturbées par une instabilité familiale qui reste bien souvent un drame dont le souvenir est resté présent à un grand nombre d'entre eux.

En définitive, nos chiffres recoupent ceux trouvés dans l'échantillon de malades chroniques : la moitié des hospitalisés ont été privés d'un de leurs parents ou des deux avant l'âge de 18 ans.

Années	Nombre de divorces transcrits	Nombre de divorces prononcés	Nombre de nouveaux divorcés p. 100.000 h	Nombre de divorces p. 100.000 couples mariés
1935-1937	22.355	25.331	107	232
1946-1950	46.253	48.251	225	481
1951-1955	30.792	31.783	144	307
1956-1960	28.399	30.667	127	274

TABLEAU XVI : *Nombre et taux des divorces de 1935 à 1960*
(d'après S. HEMERY et Ch. PIRO, 1963 « Etudes statistiques »)

Années de naissance	Age	Divorcés	Divorcées
1943 et après	moins de 20	1	95
1942-1938	20 à 24 ans	680	2.138
1937-1933	25 à 29 ans	3.581	5.071
1932-1928	30 à 34 ans	5.663	5.799
1926-1923	35 à 39 ans	5.585	5.119
1922-1913	40 à 49 ans	6.853	5.711
1912-1903	50 à 59 ans	3.916	2.747
1902 et avant	60 ans et plus	1.218	817
	TOTAL	27.497	27.497

TABLEAU XVII : *Age des divorcés*
(d'après S. HEMERY et Ch. PIRO, 1963 « Etudes statistiques »)

IV.— SITUATION CONJUGALE DES MALADES

Cette étude, que nous avons entreprise en parallèle avec celle du service de malades chroniques, nous a semblé moins fructueuse. Il est en effet normal de rencontrer un nombre d'autant plus grand de veufs et de veuves dans une population, que la moyenne d'âge est plus élevée. Seul un taux particulièrement important de célibataires ou de divorcés pourrait avoir un certain intérêt. L'hôpital, nous l'avons déjà dit, recueillant volontiers les victimes de situations familiales troublées.

Il faudrait donc rechercher si, en plus des malades séparés ou divorcés, il y a parmi les malades jeunes (moins de 40 ans) un nombre anormalement élevé de veufs et de veuves. Il ne semble pas d'ailleurs que ceci soit vérifié.

M. MAGDELAINE, qui a étudié la situation familiale des malades de 30 à 60 ans à l'Hôtel-Dieu, donne pour 1954-1955 les chiffres suivants :

- 30.5 % de célibataires ;
- 18.8 % de veufs ;
- 7.4 % de divorcés ;
- 7 % de séparés.

Les célibataires se rencontrent plus volontiers chez les jeunes, les veufs chez les vieux, encore qu'il ait été trouvé dans certains services jusqu'à 20 % de célibataires dans les deux sexes après 60 ans.

D'une manière générale, sur l'ensemble des malades hospitalisés pendant plusieurs années à l'Hôtel-Dieu, 32 % des mariages ont abouti à un divorce ou à une séparation, ou encore un foyer sur trois est désuni. Remarquons d'autre part le nombre important de célibataires. Nous avons trouvé personnellement 20 % de célibataires chez les hommes et 12 % seulement chez les femmes, et 1 femme sur 2 mariée contre un peu moins de 2 hommes sur 3.

Nos résultats se recoupent donc ici assez peu avec ceux trouvés chez les malades chroniques, puisque là, chez les hommes, 1 malade sur 3 est marié, contre seulement 1 femme sur 7. Il est d'ailleurs assez curieux de constater que, dans cet échantillon où la moyenne d'âge est à peu près identique à celle du nôtre, le nombre de veuves est beaucoup plus important, la presque totalité des femmes en définitive n'ayant plus de conjoint.

V. — SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

L'hôpital qui « réalise historiquement un lieu d'hébergement pour vieillards et mendiants » (H. PÉQUIGNOT, 1956), a toujours recruté de préférence les classes peu fortunées et, de ce fait, on rencontre plus rarement en milieu hospitalier des malades appartenant à la bourgeoisie.

L'hôpital, du fait de l'évolution des sciences médicales, est devenu le seul endroit où le malade soit assuré de bénéficier de procédés diagnostiques et thérapeutiques de plus en plus complexes dont l'utilisation est pour lui une garantie supplémentaire de guérison. Cette médecine, très coûteuse et très spécialisée, n'appartient plus au praticien de famille de jadis ou aux organismes de soins privés, et l'hôpital, qui a acquis ainsi ses lettres de noblesse, voit peu à peu sa clientèle s'étendre à toutes les couches sociales.

Il reste néanmoins le fait que la presque totalité de nos malades (92,3 %) sont issus des couches socio-économiques inférieures, population à peu près identique à celle du service de malades chroniques (88,8 %).

A l'Hôtel-Dieu, en 1954-1955, on constatait que la moitié des malades hospitalisés ne travaillaient pas, ceci surtout après 60 ans, un nombre relativement important d'entre eux étant sans profession bien définie. Il n'y avait que 3,8 % de professions libérales et 1 % d'étudiants. La classe paysanne, très peu représentée en milieu hospitalier parisien, serait probablement beaucoup plus importante dans un centre hospitalier de province.

VI. — RANG DANS LA FRATRIE

Nous pouvons répéter ici ce qui a été dit dans le paragraphe 3, aucune statistique à notre connaissance ne fait mention de la structure des fratries, et si peut-être certaines études démographiques très limitées font mention de la dimension des fratries de l'échantillon utilisé, il ne semble pas que l'on ait songé à l'importance de cette information et principalement à son influence sur la conduite ultérieure de l'individu.

Seul W. TOMAN, dans un article dont nous avons déjà parlé, s'est intéressé à l'influence de ce facteur sur la constitution des mariages et leur réussite.

Nous connaissons la dimension des fratries de presque tous nos malades et nous avons indiqué les différents types de situation rencontrés : aînés, cadets, moyens, derniers. Dans la statistique faite à l'Hôpital A. Chenevier, 50 % des malades étaient des benjamins et d'une manière générale 57 % d'entre eux des benjamins ou des enfants uniques. Dans notre propre étude, nous avons retrouvé près de 38 % de benjamins et 45 % en définitive sont des benjamins ou des enfants uniques.

Nous verrons dans la dernière partie de ce travail, la valeur que l'on peut accorder à ces résultats, mais on peut d'ores et déjà dire que ce type de situation, dont nous avons montré la valeur statistique, a certainement eu une influence sur l'hospitalisation, elle-même sous la dépendance de facteurs psycho-sociaux.

Les observations de fratries, en particulier celles de P. CAHN, ne laissent aucun doute sur l'importance que la place occupée par l'enfant dans sa fratrie peut avoir sur l'élaboration de sa personnalité. Les relations fraternelles sont les premières avec lesquelles l'enfant ait à compter, ébauche de sa future vie sociale. L'étude de ces observations de fratries montre que la rivalité en est l'élément dominant. Cette rivalité sera particulièrement marquée chez le benjamin qui occupe une position privilégiée au milieu de ses frères.

La fragilité relative des derniers de fratrie, observés par nous, a également été notée par D. DE SAUGY (1962), chez les hommes alcooliques parmi lesquels on retrouve une proportion anormalement élevée de benjamins.

Il nous reste à étudier deux critères dont nous n'avons pas encore parlé jusqu'à maintenant : les taux de fécondité des couples étudiés et la mortalité de la descendance de ces couples d'origine et de procréation.

A) LA FECONDITE

Nous appellerons taux de fécondité, le nombre moyen d'enfants nés vivants par couple. Etant donné l'âge de nos malades, nous pouvons considérer que les familles dont ils sont issus, et qu'ils ont formé, étaient complètes lors de l'enquête (*Tableau XVIII*).

Nous avons déterminé l'année moyenne de formation des couples de procréation qui est environ 1930. Pour les couples d'origine, la plupart de nos malades ont été assez imprécis sur la date de mariage de leurs parents, mais nous pouvons admettre 1890 comme année moyenne de formation des couples d'origine (à cinq ans près). Entre 1890 et 1930, le taux de fécondité a baissé de 20 % environ dans

l'ensemble de la population française. Dans notre échantillon, et pour une période identique, la baisse du taux de fécondité est beaucoup plus considérable puisqu'elle atteint 54 %.

TABLEAU XVIII : Taux de fécondité des couples d'origine et de procréation de l'échantillon

	Origine	Procréation
Nombre de couples	82	69
Nombre d'enfants	325	126
Taux de fécondité	3,96	1,82

Ceci est en rapport avec les résultats trouvés chez les malades chroniques, puisque A. BOURGUIGNON et J. BURON indiquent une baisse de 65,2 %.

GRAPHIQUE -3 : Nombre moyen d'enfants nés par couples suivant la durée du mariage (de 1948 à 1961)
(d'après « Etudes statistiques »)



Les taux de fécondité considérés peuvent être considérés comme définitifs (familles complètes), car l'immense majorité de nos malades a plus de vingt ans de mariage.

Il semble que ce taux de fécondité très bas des couples de procréation soit particulier à notre population, qui présente là encore des caractères identiques à ceux de l'enquête faite chez les malades chroniques.

B) LA MORTALITÉ

Nous avons, dans ce paragraphe, recherché s'il existait une caractéristique propre à notre échantillon. En particulier, puisque notre étude est faite en parallèle avec une autre enquête hospitalière, nous avons voulu savoir si nous retrouverions également une surmortalité masculine.

TABLEAU XIX : Mortalité avant 5 ans des enfants des couples d'origine et de procréation de l'échantillon

		82 couples d'origine		69 couples de procréation	
		Garçons	Filles	Garçons	Filles
Nombre d'enfants		146	179	69	57
Mortalité avant 5 ans	Nombre	30	11	1	5
	%	20,5	6,1	1,4	8,7

Nous voyons que, pour les couples d'origine (*Tableau XIX*), il apparaît une surmortalité masculine importante et qui est statistiquement très significative :

$$\chi^2 = 15,13$$

$$P < 5 \%$$

$$\chi^2_c = 13,79$$

Pour les couples de procréation, il existe au contraire une surmortalité féminine qui est également signalée dans l'échantillon de malades chroniques, mais à laquelle on ne peut accorder de valeur, car elle n'est pas statistiquement significative.

Nous voyons enfin que le taux de mortalité avant cinq ans est beaucoup plus élevé chez les couples d'origine que chez les couples

de procréation, ce qui est d'ailleurs facilement explicable avec le recul général de la mortalité infantile depuis le début du siècle, alors que chez les malades chroniques, pour lesquels la mortalité infantile est plus élevée, on observe une proportion inverse.

Nous avons étudié dans le *Tableau XX* la fécondité et la mortalité des couples dont la descendance a atteint ou dépassé 35 ans.

TABLEAU XX : *Mortalité et fécondité des couples dont la descendance a atteint ou dépassé 35 ans*

	Nombre	Fécondité		Mortalité			
		Malades Hommes	Malades Femmes	Garçons		Filles	
				Avant 5 ans	Entre 5 et 35 ans	Avant 5 ans	Entre 5 et 35 ans
Couples d'origine	74	128	161	26	32	11	29
Couples de procréation	25	30	23	1	4	3	3

Nous n'avons envisagé que la mortalité des sujets jeunes, dont l'étude est plus fructueuse et caractéristique de l'échantillon. (La probabilité en 1962 pour un homme d'atteindre 60 ans était de 78,4 %, celle de mourir avant 60 ans par conséquent de 21,6 %.)

Résumons en un dernier tableau (*Tableau XXI*) les taux de mortalité des couples du *Tableau XX*.

TABLEAU XXI : *Taux de fécondité et pourcentages de mortalité des couples dont la descendance a atteint ou dépassé 35 ans*

Fécondité		Mortalité			
Couples d'origine	Couples de procréation	Origine		Procréation	
		Garçons	Filles	Garçons	Filles
3,90	2,12	20 %	13 %	10,6 %	8,8 %

Ici encore on peut noter une surmortalité masculine pour les couples d'origine. Ce fait est d'ailleurs retrouvé sur l'ensemble de la population française.

TABLEAU XXII : *Nombre de décès en 1962 par sexe et par âge (d'après l'I.N.S.)*

Ages	Hommes	Femmes
20-24 ans	1.908	853
25-29 ans	2.599	1.131
30-34 ans	3.632	1.796
35-39 ans	4.811	2.509
40-44 ans	5.863	3.151
45-49 ans	7.391	4.031
50-54 ans	15.390	7.654
55-59 ans	23.028	10.902
1 à 4 ans	2.071	1.723

RECAPITULATIF

Le *Tableau XXIII* nous donne un résumé comparatif des différentes caractéristiques de nos deux populations.

TABLEAU XXIII : *Principales caractéristiques de deux échantillons de malades prélevés dans deux services hospitaliers parisiens*

MALADES CHRONIQUES	MALADES AIGUS
Age moyen : - 63 ans pour les femmes - 60,5 ans pour les hommes	Age moyen : - 60,2 ans pour les femmes - 54,7 pour les hommes
Prédominance des affections neurologiques pour les 2 sexes, des affections cardio-vasculaires chez les hommes, des séquelles de traumatisme chez les femmes	Prédominance des affections cardio-vasculaires pour les 2 sexes, du tube digestif chez les hommes
2/3 des hommes, 1/3 des femmes sont issus de couples dissociés	La moitié des hommes sont issus de couples dissociés et 2/3 des femmes.
1 homme sur 3, 1 femme sur 7 sont mariés	2 hommes sur 3, une femme sur 2 sont mariés
57 % des malades sont des benjamins ou des enfants uniques	45 % des malades sont des benjamins ou des enfants uniques
88,6 % des familles d'origine, 88,8 % des familles de procréation sont issus de la classe ouvrière ou des couches inférieures de la classe moyenne	93,3 % des familles d'origine sont issus de la classe paysanne, ouvrière ou moyenne 89,8 % des familles de procréation sont issus de la classe ouvrière ou des couches inférieures de la classe moyenne
75 % des malades issus de couples dissociés, ont formé des couples dissociés avant que leur descendance ait atteint 18 ans	50 % des femmes, 15 % des hommes ont formé un couple dissocié avant que leur descendance ait atteint 18 ans (non significatif)
Taux de fécondité : - des couples d'origine : 4,07 - des couples de procréation : 1,42	Taux de fécondité : - des couples d'origine : 3,96 - des couples de procréation : 1,82
Surmortalité masculine des couples d'origine avant 35 ans : 11,6 %	Surmortalité masculine des couples d'origine avant 35 ans : 7 %

Il ressort que, globalement, nos deux échantillons sont à peu près identiques si l'on tient compte surtout des critères les plus intéressants et dont nous discuterons la valeur dans le chapitre suivant, à savoir :

- Le nombre particulièrement important de malades issus de couples dissociés.
 - Le fort pourcentage de benjamins et d'enfants uniques parmi les malades.
 - L'âge élevé des malades hospitalisés.
 - Le taux de fécondité très faible des couples de procréation formés par les malades.
 - La surmortalité masculine avant 35 ans.
-

DISCUSSION DES RESULTATS

Il ressort de ce que nous avons vu, qu'il existe une surhospitalisation pour certaine catégorie d'une population. Elle n'est pas due uniquement à des motifs médicaux et se trouve en partie sous la dépendance de la structure familiale dont nous avons défini les principaux caractères, et du niveau socio-économique.

Les deux enquêtes effectuées dans deux services hospitaliers différents, présentent entre elles des similitudes indiscutables et des répétitions de situations familiales bien significatives. Toutefois, nous pouvons admettre que les différences retrouvées sont dues tout d'abord au fait que notre échantillon est plus représentatif de la population générale, puisque certains malades seulement rejoindront la famille des chroniques avec ce que J. BURON appelle un « temps de latence » plus ou moins grand, et que d'autre part nous n'avons pu recueillir des renseignements que sur un nombre restreint de sujets.

Il est certain que la réussite sociale et professionnelle d'un individu, son aptitude à se faire des amis, sera conditionné par la période de son existence où il aura pris contact pour la première fois avec les éléments de la vie en société.

L'éducation donnée par les parents, les relations fraternelles, la présence de la mère et son ascendant plus ou moins marqué sur l'enfant, l'autorité paternelle, sont autant de facteurs indissociables de l'étude des réactions de cet individu devant la vie.

Les relations entre certains profils psychologiques et certaines affections bien définies sans avoir toutefois de caractère absolu, sont incontestables, comme l'on montré les psychosomatiens. Si d'autre part, la solitude, les échecs dans le domaine professionnel ou affectif, toutes choses en rapport avec la structure familiale, conduisent l'individu à rechercher un lieu où il trouvera, outre des soins médicaux, un refuge devant les difficultés qu'il est incapable d'affronter, nous comprendrons en partie les interactions entre les raisons médicales et psycho-sociales conduisant ces sujets vers l'hospitalisation à long terme.

On observe souvent dans les hospices, ou chez les malades chroniques, parfois alités, l'élaboration d'une vie sociale nouvelle où dans une chambre commune, l'un d'entre eux prend un ascendant sur ses voisins et par ses conseils, son expérience, le récit de ses tribulations hospitalières, devient ainsi le leader d'une nouvelle vie communautaire, alors qu'il avait échoué dans la société.

I. — FAMILLE D'ORIGINE ET MORBIDITE HOSPITALIERE

Le concept et le rôle de la famille, depuis son origine jusqu'à maintenant, ont subi une évolution parallèle à ce que nous appelons d'une manière générale la civilisation.

Le monde archaïque, société essentiellement agraire, se termine là où commencent les temps modernes, comme l'écrit Philippe MULLER

« ... au moment où la nostalgie pour le passé est remplacée par un pari optimiste sur l'avenir ».

Il ne s'agit pas là d'un concept historique mais plutôt d'une notion sociologique lorsque « en marge de la civilisation archaïque, non écrite et non instruite » vont peu à peu surgir l'esprit d'innovation et le désir d'expansion avec le commerce, la technique, l'urbanisation. Parlant de ce monde archaïque, Philippe MULLER écrit :

« Dans une société de ce type, les liens humains entre les personnes restent naturellement lâches. La mère n'a guère l'occasion de s'attacher à son enfant, vite déplacé dans ses affections par le suivant, ou emporté par une maladie avant d'avoir pris visage. L'enfant non plus ne peut s'attacher à sa mère : elle lui est vite arrachée, par les besoins pressants de la vie quotidienne dans le milieu âpre de la terre, ou par une nouvelle grossesse, peut-être par la maladie et la mort. »

Plus tard, la famille se transformera, le rôle éducatif des parents, superposé à celui de l'école prendra une importance toute nouvelle et l'enfant, autrefois livré à la vie et placé devant ses responsabilités alors qu'il n'était pas encore sorti de l'adolescence, sera dirigé et conduit jusqu'à l'âge d'homme. Le choix de sa profession, de son conjoint, sera fait, souvent à son insu, par ses parents. Les raisons financières, morales, le désir de conserver intact le patrimoine familial, seront les multiples raisons qui laisseront cet enfant puis cet adolescent sous la dépendance et l'influence directe de sa famille, souvent bien après sa maturité physique. L'aîné, le cadet, auront

des attributions et souvent même des positions sociales pré-déterminées auxquelles il ne leur sera guère possible d'échapper.

Les théories psychanalytiques font remonter à l'enfance et aux relations parents-enfant, l'origine des principaux troubles névrotiques de l'adulte, par la fixation dans l'inconscient des perturbations effectives de l'enfance.

L'inconscient de la vie psychique, disait FREUD, n'est autre chose que la phase infantile de cette vie.

Nous avons voulu montrer par toutes ces considérations, le rôle essentiel que peut avoir la famille dans le conditionnement de la vie d'un individu et, dans ce qui nous intéresse, pourquoi l'étude de la structure des familles d'origine de nos malades reste un élément essentiel.

Suzanne CORDELIER (1954), note l'observation de trois frères, issus d'un couple dissocié et qui réagirent différemment à ces dissensions familiales.

Le premier a rencontré des difficultés scolaires et a vu apparaître des crises d'asthme violentes, le deuxième a présenté également des difficultés scolaires jointes à des troubles caractériels profonds, le troisième a adopté une attitude d'opposition très marquée envers son entourage. Elle note encore dans d'autres observations des troubles digestifs, de l'anxiété, de l'énurésie, des tics nerveux. Sur 365 enfants issus de ménages dissociés, l'auteur indique 117 cas de troubles psychiques ou somatiques. 88 % des délinquants juvéniles sur une statistique de G. HEUYER sont issus de familles dissociées. C'est dire le trouble profond que peut créer un tel état de fait. J. BURON note que 75 % des malades issus de couples dissociés ont formé des couples qui se sont eux-mêmes dissociés par la mort ou la séparation de l'un des conjoints. Suzanne CORDELIER fait la même constatation comme si l'enfant de divorcés envisageait d'un cœur plus léger cette solution comme l'unique moyen de régler ses problèmes familiaux.

Notons au passage que nous n'avons pas retrouvé un pourcentage suffisamment significatif dans notre propre enquête.

L'autre facteur qui nous intéresse dans ses incidences avec la morbidité hospitalière est constitué par le fort pourcentage d'enfants uniques et de derniers de fratrie que nous avons signalé dans les deux échantillons.

Pour P. CAHN, le rôle « d'enfant du milieu » serait le plus défavorable au sein d'une fratrie. Cet enfant serait peu considéré par ses frères et sœurs et serait conduit à prendre modèle sur l'un ou l'autre d'entre eux, trouvant ainsi de grosses difficultés pour se constituer une personnalité propre au sein de sa fratrie. Le thème dominant

reste la jalousie fraternelle. Le jeune enfant voit dans ses frères et sœurs des concurrents le frustrant de l'affection de la mère. Cette haine

« est souvent remplacée ou plutôt recouverte par une attitude plus tendre mais, d'une façon générale, c'est l'attitude hostile qui est la plus ancienne » (FREUD).

Le rôle du dernier-né est évidemment avec celui de l'ainé beaucoup plus intéressant. Ils occupent l'un et l'autre une position privilégiée dans la fratrie. Il semble d'après Paulette CAHN que s'affrontent chez le benjamin deux tendances opposées dues à l'influence de l'ainé. Sa place est génératrice d'un sentiment d'infériorité qui serait une entrave au développement harmonieux de sa personnalité, mais ce sentiment lui-même, peut souvent et par contrecoup stimuler l'enfant qui, cherchant à égaler son aîné, sera orienté vers un effort de socialisation bénéfique. Les benjamins sont souvent ambitieux.

Or nos observations, celles de BOURGUIGNON et BURON (1964), sur les malades chroniques et celles de D. DE SAUGY (1962) sur les alcooliques prouvent une plus grande fragilité des derniers de fratrie. Elle semble donc contredire la remarque de P. CAHN. On peut ainsi penser que le dernier-né du fait d'un isolement social plus grand, de par sa situation fraternelle, a plus tendance à se faire hospitaliser, quand il atteint un certain âge. L'enfant unique, choyé le plus souvent par sa mère, et qui n'aura guère eu dans sa première enfance de contacts sociaux, est à notre avis encore plus défavorisé. Il est fort probable, qu'il aura plus de difficultés à s'adapter ultérieurement et qu'il regrettera toujours la sécurité de sa famille dont il ressentira un jour plus durement l'absence. Il sera sans doute moins armé devant les déceptions que lui réserve la vie.

A propos des derniers de fratrie, nous avons noté un fait intéressant : nous basant sur l'hypothèse de Toman, nous avons recherché si, dans notre échantillon, il n'existait pas un nombre anormalement élevé de benjamins ayant choisi des conjoints occupant le même rang dans leur propre fratrie.

Sur les 26 benjamins de notre enquête, 18 d'entre eux ont épousé des benjamins et 2 ménages seulement parmi eux ont abouti à un divorce.

II. — FAMILLE DE PROCREATION ET MORBIDITE HOSPITALIERE

Michel MAGDELAINE dans sa thèse, nous l'avons vu, trouve 20 % des malades de plus de 60 ans restés célibataires, dans les hôpitaux parisiens, et d'une manière générale, il insiste sur le nombre de

malades divorcés ou séparés en notant que le fait marquant dans cette enquête d'état civil reste l'importance des célibataires chez les jeunes, des veufs et surtout des veuves chez les vieux. Il note également que beaucoup de malades âgés n'ont plus de famille à leur foyer et surtout qu'ils sont privés d'une présence féminine efficace. Tout ceci rejoint ce que nous avons déjà dit, c'est-à-dire l'isolement et l'absence de soutien familial que l'on retrouverait chez la plupart des sujets.

Nous ne nous étendrons pas sur les affections qui ont motivé l'hospitalisation. Elles sont assez variées, certaines sont complexes et s'il nous fallait établir un rapport entre ces maladies et la structure de nos familles de procréation, nous resterions dans le domaine des hypothèses hasardeuses.

F. ALEXANDER écrit :

« L'idée que certains types de personnalité sont prédisposés à certaines maladies a toujours existé dans la pensée médicale ... Le goût des diabétiques pour les plaisirs de la table et les relations existant entre l'anxiété et les troubles cardiaques ... Un des profils qui se rapprochent le plus de la vérité est celui du malade atteint d'une maladie des coronaires ... (Il) présente une personnalité forte ... il a souvent des projets à longue échéance, il a un habitus distingué. »

Il signale également que les gens prédisposés aux accidents sont impulsifs et accusent une tendance à l'auto-punition et à l'échec. Il est évident que pour les maladies coronaires, la corrélation n'existerait pas directement entre la personnalité et la maladie, mais plutôt entre le mode de vie et la maladie. Ce n'est que d'une manière détournée que l'on peut imaginer l'influence de cette personnalité. Certains types de caractères acceptent de préférence une profession ou un mode de vie comportant des responsabilités ou une activité physique prédisposant, par exemple, aux accidents. D'autres affections peuvent être directement en rapport avec des états émotionnels. Des impulsions hostiles sont souvent retrouvées chez des sujets présentant de l'hypertension artérielle, un ulcère gastrique. Il est certes possible de penser que les conditions morales mauvaises de ces malades ont pu influer sur leur état somatique, difficultés d'autant moins supportables qu'ils sont presque tous de condition modeste. Il est certain que la classe bourgeoise pourra se faire soigner chez elle, choisira souvent l'hospitalisation en clinique privée et aura une prévention plus marquée pour l'hôpital.

Nous avons indiqué dans le *Tableau V* les causes de dissociations de nos couples de procréation. Nous n'avons retrouvé que 7 couples divorcés ou séparés sur 82 malades et 13 célibataires, mais J. BURON

indique dans son enquête un chiffre très nettement supérieur si l'on se réfère au *Tableau XXIII*. Ceci n'est guère pour nous étonner puisque certains malades seulement feront des séjours hospitaliers prolongés. Il est d'ores et déjà certain que ce sera parmi ces 20 malades que nous retrouverons nos malades chroniques.

La moyenne d'âge élevée est un état de fait dû en partie à l'augmentation de la moyenne de vie, là où les affections chroniques prédominent. C'est à cet âge surtout que l'isolement social prendra son importance.

III. — FECONDITE, MORTALITE ET SUR-MORTALITE MASCULINE

Parmi tous ces critères, il nous faut dégager pour terminer les deux points qui restent importants dans la discussion de nos résultats, à savoir l'étude de la fécondité et de la mortalité de nos familles d'origine et de procréation, et le problème de la surmortalité masculine déjà évoqué, mais qui constitue une importante partie de la thèse de J. BURON.

TABLEAU XXIV : *Causes de dissociation des couples classés par catégorie*

Catégories	O r i g i n e			P r o c r é a t i o n		
	Guerre	Maladie	Séparation divorce ou abandon	Guerre	Maladie	Séparation divorce ou abandon
Absence du père	4	15	9	1	11	5
Absence de la mère	-	6	1	2	4	1
Inexistant	-	3	5	-	-	1

Il est à noter que les décès dus à la guerre, surtout en 1914-1918, et qui pourraient constituer logiquement une importante cause de dissociation des couples de nos familles d'origine, constituent un pourcentage nettement inférieur à celui que l'on serait en droit d'attendre. Nous constatons, par conséquent, que nos malades, dont 52,4 % sont issus de couples dissociés, ne se trouvent pas dans cette situation du

fait de leur appartenance à une génération ayant été exposée à deux guerres particulièrement meurtrières, mais qu'ils forment une catégorie de population tout à fait spéciale et dont on ne peut que constater, sans l'expliquer, la fréquence des couples dissociés.

C'est également ce qui a été observé chez les malades chroniques et ceci constitue une similitude supplémentaire entre les deux échantillons.

Nous avons indiqué, dans le tableau suivant, la mortalité infantile des couples dissociés de notre enquête.

TABLEAU XXV : *Mortalité avant 5 ans de la descendance des couples dissociés avant que l'aîné ait atteint 18 ans*

Structure du couple	O r i g i n e		P r o c r é a t i o n	
	Nombre d'enfants	Décédés avant 5 ans	Nombre d'enfants	Décédés avant 5 ans
Absence du père	82	17	10	—
Absence de la mère	12	2	5	1
Inexistant	18	2	3	1

Nous voyons que, si l'on veut bien se reporter au *Tableau XIX*, sur 41 enfants morts en bas âge dans les couples d'origine, 21 sont issus de couples dissociés, alors que l'aîné n'avait pas atteint 18 ans. Dans les catégories de procréation, ces chiffres sont beaucoup moins significatifs. Ceci est dû à la faible importance de notre échantillon et au taux de fécondité anormalement bas de nos malades.

Ce tableau n'a évidemment qu'une valeur toute relative, la dissociation étant survenue bien après le décès infantile et l'étude que nous avons pu faire du taux de mortalité global de ces couples dissociés ne nous a pas donné de résultats très significatifs. Nous avons été simplement frappés par le fait que la mortalité infantile constatée dans notre échantillon était souvent retrouvée chez les couples dissociés. Nous remarquons également qu'elle est particulièrement importante lorsque le père est absent, ce qui pourrait être en faveur de la théorie de J. BURON qui attribue en partie l'augmentation de ce taux de mortalité à l'existence de ce qu'il appelle « la prévalence mater-

nelle ». L'étude de ce critère dépasse le cadre de ce travail, mais il nous a semblé intéressant de noter ce fait qui est également particulier à notre échantillon.

Le taux de fécondité anormalement bas des couples de procréation constitue une caractéristique essentielle et que nous avons déjà indiqué. Il semble, d'après le travail de J. BURON, que les couples dans lesquels la femme domine, sont les plus féconds et que, par conséquent, du fait de l'augmentation constante des couples où la mère a une situation prévalente au sein de sa famille, nous devrions observer des taux de fécondité beaucoup plus importants. La diminution de l'autorité paternelle semble être d'ailleurs une conséquence logique de l'évolution des idées éducatives et de la structure sociale que nous avons évoquée dans le paragraphe « Familles d'origine et morbidité hospitalière ». L'hôpital concentre donc les couples dont le taux de fécondité est resté bas et, ainsi qu'il a été constaté chez les malades chroniques, l'enquête a fait ressortir ce choix de couples à structure familiale anormale.

TABLEAU XXVI : *Comparaison des taux de fécondité des couples d'origine et de procréation avec ceux de la population française pour les dates moyennes de formation*

Taux de fécondité du couple	Année de formation 1890	Année de formation 1930
Notre échantillon	3,96	1,82
Population générale	3,10	2,4

Louis LOUBRIEU, dans sa thèse (1958), écrit :

« Si la surhospitalisation féminine de 20 à 40 ans est un phénomène simple, lié, semble-t-il, au nombre important des avortements et des complications de la grossesse, la surhospitalisation des hommes de plus de 60 ans apparaît comme un phénomène plus complexe. Elle n'est pas expliquée par une pathologie particulière de l'homme âgé, elle ne correspond pas à une différence très sensible du taux de mortalité des malades de chaque sexe hospitalisés. »

Notre enquête ayant porté sur un nombre identique de femmes et d'hommes, nous n'avons pas mis en évidence cette surhospitalisation masculine, ce qui était d'ailleurs ici hors de propos.

La surmortalité masculine constatée dans les deux échantillons a été mise en évidence avant l'âge de 35 ans. Au-delà de cet âge, sa valeur était beaucoup moins significative.

Nous pouvons cependant avancer l'hypothèse que le facteur de surhospitalisation que cherchait LOUBRIEU pouvait être, en dehors de ces deux critères, dû à la structure familiale de ces malades et que cette constatation mériterait une enquête identique à la nôtre. Elle n'aurait certainement pas manqué de faire ressortir d'intéressants résultats. Une plus vaste étude effectuée dans d'autres services hospitaliers ouvrirait certainement des perspectives inédites en psychosociologie médicale.

Ainsi, le malade que nous retrouverons peut-être un jour à l'hôpital de chroniques ou qui, de toute manière, sera le plus « conditionné » en vue d'une hospitalisation à long terme, se présentera comme un homme ou une femme de 55 à 60 ans, issu d'un couple dissocié, le plus souvent alors qu'il était encore adolescent, enfant unique ou benjamin, célibataire ou séparé de son conjoint par décès ou divorce, sans enfants, généralement de condition modeste.

Ceci pour insister, si cela était encore nécessaire, sur le rôle essentiel que peut jouer la famille dans l'élaboration de la vie future de l'individu. Le père et la mère n'ont pas de rôle prédominant l'un par rapport à l'autre. Le premier a une fonction sociale, le second une fonction biologique, et l'harmonie de ces deux positions au sein de la famille reste, en tout état de cause, le meilleur facteur pour l'avenir.

CONCLUSIONS

Ce travail a eu pour objet la vérification d'une hypothèse établissant une corrélation entre la structure familiale et la morbidité hospitalière.

Il a été effectué à partir d'une enquête faite à l'Hôpital Saint-Antoine, dans le Service de Monsieur le Professeur LEMAIRE, sur un questionnaire posé à 41 malades hommes et 41 malades femmes.

Il comprend cinq parties :

I) INTRODUCTION.

II) MATÉRIEL D'ÉTUDE.

Il est constitué par 82 questionnaires permettant d'obtenir des renseignements sur la famille d'origine et la famille de procréation de chaque malade.

Ont été étudiés successivement :

- a) Les maladies ayant justifié l'hospitalisation.
- b) L'âge.
- c) La structure du couple d'origine.
- d) La situation familiale, c'est-à-dire la structure des couples de procréation.
- e) La situation socio-professionnelle.
- f) Le rang dans la fratrie.

III) MÉTHODE.

Nous avons établi notre questionnaire à partir de celui de J. BURON qui, dans sa thèse effectuée à l'Hôpital Albert-Chenevier, dans le Service de Monsieur le Professeur agrégé BOURGUIGNON, a étudié les mêmes critères, mais sous l'angle de la prévalence de l'un des conjoints sur l'autre, en vue d'établir une relation entre la structure parentale et la mortalité des enfants.

Nous avons repris la première partie de ce travail pour comparer les résultats obtenus avec ceux de l'Hôpital Albert-Chenevier, qui ne comporte que des malades dits « chroniques ».

Ce chapitre se termine par quelques rappels de notions de calcul statistique.

IV) RÉSULTATS DE L'ÉTUDE COMPARATIVE DES DEUX ÉCHANTILLONS DE MALADES.

Nous avons repris chacun des critères déjà énumérés pour établir une comparaison entre malades « aigus » et malades « chroniques », en ajoutant deux chapitres :

- Etude de la fécondité.
- Etude de la mortalité.

Nous terminons par un récapitulatif établissant l'identité dans les grandes lignes des deux échantillons, c'est-à-dire :

- Age moyen : 60 ans.
- Prédominance de malades issus de couples dissociés.
- Fréquence anormale de derniers de fratrie et d'enfants uniques.
- Malades issus et appartenant eux-mêmes à une classe sociale modeste.
- Les malades issus de couples dissociés ont formé souvent eux-mêmes des couples dissociés.
- Taux de fécondité très bas.
- Surmortalité masculine de 7 % avant 35 ans.

V) DISCUSSION DES RÉSULTATS.

Nous avons montré le rôle que peut avoir la famille dans le conditionnement de la vie d'un individu, citant en exemple le pourcentage d'enfants anormaux issus de couples dissociés.

Nous avons également mis en évidence le rôle de l'isolement social dans l'hospitalisation.

Une analyse de la fécondité et de la mortalité de nos couples a fait ressortir le taux de fécondité très bas des familles de procréation et le taux de mortalité infantile élevé des couples dissociés.

Nous indiquons, pour terminer, la structure familiale type du malade hospitalisé, celle dont nous avons trouvé la répétition très souvent au cours de notre enquête.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
LEMAIRE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER (F.). — La médecine psycho-somatique. (Paris, Payot éd., 1962.)
- BOURGLIGNON (A.) et BURON (J.). — Structure du couple parental et mortalité de la descendance (résultats d'une enquête préliminaire). (*Presse Médicale*, 1964, 72, n° 7, pp. 385-388.)
- BURON (J.). — Structure du couple parental et mortalité de la descendance (premiers résultats d'une enquête préliminaire). (*Thèse*, Paris, 1963.)
- CAHN (P.). — La relation fraternele. (Presses Universitaires de France, 1962.)
- CORDELIER (S.). — Les enfants de la discorde. (Editions Sociales Françaises, 1954.)
- CORMAN (L.). — Psycho-pathologie de la rivalité fraternele étudiée par le test projectif P.N. (*Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile*, 1962, 10, 3-4, pp. 183-200.)
- FREUD (S.). — Introduction à la psychanalyse. (Paris, Payot, 1962.)
- GRAY (B.) et TOMAN (W.). — Family constellations of normal and disturbed mariages: an empirical study. (*Journal of Individual Psychology*, 1961, vol. 17, n° 1, pp. 93-95.)
- LISON (L.). — Statistique appliquée à la biologie expérimentale. (Gauthier-Villars éd., 1958.)
- LOUBRIEU (L.). — Hospitalisation de la population de la Seine dans les hôpitaux de l'Assistance Publique de 1911 à 1954. (*Thèse*, Paris, 1958.)
- MAGDELAINE (M.). — Recherches sur la clientèle hospitalière. (*Thèse*, Paris, 1958.)
- MALRIEU (Ph.). — La vie affective de l'enfant. (Editions du Scarabée, 1956.)
- MULLER (Ph.). — La psychologie dans le monde moderne. (Bruxelles, Ch. Dessart éd., 1963.)
- SAUGY (D. DE). — L'alcoolique et sa femme. Etude psycho-sociale et statistique sur les conditions de leur développement individuel et de leur vie en commun. (*Hygiène Mentale*, 1962, 51, pp. 81-128 et 145-201.)
- SCHULMAN (Bernard H.). — Family constellations in personality diagnosis. (*Journal of Individual Psychology*, 1962, vol. 18, n° 1, pp. 35-47.)

- SPITZ (A.). — La première année de la vie de l'enfant. (P.U.F., 1963.)
- SCHWARTZ (D.). — Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes. Editions Médicales Flammarion, 1963.)
- TOMAN (W.). — Family constellations as a basic personality determinant. (*Journal of Individual Psychology*, 1959, vol. 15, pp. 199-211.)
- Family constellations as a character and marriage determinant. (*The International Journal of Psychoanalysis*, septembre-décembre 1959, n° 40, pp. 316-319.)
 - Family constellations of the partners in divorced and married couples. (*Journal of Individual Psychology*, 1962, vol. 18, n° 1, pp. 48-50.)
 - Die Familienkonstellation und ihre psychologische Bedeutung. (*Psychologische Rundschau*, 1959, 10, pp. 1-15.)
- VESSEREAU (A.). — La statistique. (*Que Sais-je?*, Paris, Presses Universitaires de France, 1962.)
- WALLON (H.). — Les origines du caractère chez l'enfant : les préludes du sentiment de personnalité. (Paris, P.U.F., 1949.)
- ZAZZO (R.). — Les jumeaux, le couple et la personne. (*Thèse Lettres*, Paris, 1958.)
- Etudes Statistiques*, Paris, Presses Universitaires de France, octobre-décembre 1963, n° 4.

